

## Anmeldung

<b>Kind:</b>		
Name	Vorname	geb. am

<b>Mutter:</b>			
Name	Vorname	geb. am	Beruf

<b>Vater:</b>			
Name	Vorname	geb. am	Beruf

<b>Telefon:</b>		
Privat	geschäftlich/mobil	E-Mail Adresse

Adresse des Versicherten	
PLZ / Ort	Straße / Hausnummer

<b>Krankenversicherung:</b>			
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Versicherung: _____		<input type="checkbox"/> private Versicherung: _____	
Das Kind ist mitversichert bei: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater			
Das Sorgerecht hat: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> beide			

<b>Kinderarzt / Hausarzt (Name, Ort)</b>
------------------------------------------

<b>Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?</b>		
<input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/> Google/Website	<input type="checkbox"/> Jameda
<input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	

### Allgemeine Anamnese

<p><b>Nimmt das Kind Medikamente ein?</b>  <input type="checkbox"/> ja                            <input type="checkbox"/> nein          Medikamante: _____</p> <p><u>Herz / Kreislauf</u>          Herzfehler                    <input type="checkbox"/> ja                    <input type="checkbox"/> nein          Herzgeräusche                <input type="checkbox"/> ja                    <input type="checkbox"/> nein          Herzpass                        <input type="checkbox"/> ja                    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Sonstiges _____</p>	<p><u>Nervensystem</u>          Epilepsie                        <input type="checkbox"/> ja                    <input type="checkbox"/> nein          Krämpfe                         <input type="checkbox"/> ja                    <input type="checkbox"/> nein          Neurolog. Störungen _____</p> <p><u>Blutkrankheiten</u>          Hämophilie (Bluter)            <input type="checkbox"/> ja                    <input type="checkbox"/> nein          Anämie (Blutarmut)            <input type="checkbox"/> ja                    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Sonstiges _____</p>
<p><u>Stoffwechsel</u>          Diabetes                         <input type="checkbox"/> ja                    <input type="checkbox"/> nein          Schilddrüsenüberfunktion      <input type="checkbox"/> ja                    <input type="checkbox"/> nein          Schilddrüsenunterfunktion    <input type="checkbox"/> ja                    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Sonstiges: _____</p>	<p><u>Allergien</u>          Asthma                            <input type="checkbox"/> ja                    <input type="checkbox"/> nein          Allergie                            <input type="checkbox"/> ja                    <input type="checkbox"/> nein          Reagiert allergisch auf: _____</p> <p>Latexallergie                      <input type="checkbox"/> ja                    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Allergiepass                        <input type="checkbox"/> ja                    <input type="checkbox"/> nein</p>

